FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 39

L'ANASTOMOSE DUODÉNO-GASTRIQUE
AU MOYEN DU BOUTON
APRÈS GASTRODUODENECTOMIE
(Procédé de Péan-Kocher-Santy)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 30 Juin 1943

PAR

STÉFANINI Jean-Paul

né le 18 Avril 1918, à Ajaccio (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse	BOURDE. *Président*	
	FIOLLE.	*Assesseurs*
	FIGARELLA.	
	CHOSSON.	

MARSEILLE
IMPRIMERIE DU SÉMAPHORE
17-19, rue Venture

1943

STÉFANINI (Jean-Paul)

L'anastomose duodéno-gastrique au moyen du bouton après gastro-duodénectomie (procédé de Pean-Kocher-Santy).

Marseille. Imp. du Sémaphore, 8e raisin, 48 p.

(*Thèse de Médecine, Marseille, 1943*), n° 39

STÉFANINI (Jean-Paul)

L'anastomose duodéno-gastrique au moyen du bouton après gastro-duodénectomie (procédé de Pean-Kocher-Santy).

Marseille. Imp. du Sémaphore, 8e raisin, 48 p.

(*Thèse de Médecine, Marseille, 1943*), n° 39

STÉFANINI (Jean-Paul)

L'anastomose duodéno-gastrique au moyen du bouton après gastro-duodénectomie (procédé de Pean-Kocher-Santy).

Marseille. Imp. du Sémaphore, 8e raisin, 48 p.

(*Thèse de Médecine, Marseille, 1943*), n° 39

STÉFANINI (Jean-Paul)

L'anastomose duodéno-gastrique au moyen du bouton après gastro-duodénectomie (procédé de Pean-Kocher-Santy).

Marseille. Imp. du Sémaphore, 8e raisin, 48 p.

(*Thèse de Médecine, Marseille, 1943*), n° 39

L'Anastomose duodéno-gastrique au moyen du bouton après gastroduodénectomie

(Procédé de Péan-Kocher-Santy)

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

L'ANASTOMOSE DUODÉNO-GASTRIQUE
AU MOYEN DU BOUTON
APRÈS GASTRODUODENECTOMIE
(Procédé de Péan-Kocher-Santy)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 30 Juin 1943

PAR

STÉFANINI Jean-Paul

né le 18 Avril 1918, à Ajaccio (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs de la Thèse : BOURDE. *Président* ; FIOLLE. ; FIGARELLA. ; CHOSSON. — *Assesseurs*

MARSEILLE
IMPRIMERIE DU SÉMAPHORE
17-19, rue Venture

1943

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE
DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL — **Assesseur :** F. MERCIER

Doyen Honoraire de la Faculté : M. IMBERT

Professeurs **Honoraires de la Faculté :** MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET, COTTE

Chargé de Cours Honoraire de la Faculté ; M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE — **Bibliothécaire :** Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	MM. N.....
Anatomie pathologiq. et Pathologie expérim...	CORNIL.
Bactériologie	ROUSLACROIX.
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI.
Chimie médicale	ROCHE.
Clinique chirurgicale	FIOLLE.
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER.
Clinique médicale	AUDIBERT.
Clinique médicale	MATTEI.
Clinique médicale	MONGES.
Clinique médicale infantile	GIRAUD.
Clinique obstétricale	VAYSSIERE.
Clinique ophtalmologique	JAYLE.
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND.
Clinique urologique	CHAUVIN.
Histoire naturelle	* * *
Histologie.	ROMIEU.
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE.
Médecine légale	MOSINGER.
Parasitologie	JOYEUX.
Pathologie chirurgicale	MOIROUD.
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER.
Pharmacie	VIGNOLI.
Physiologie	MORIN.
Physique	CHEVALLIER.
Thérapeutique	POINSO.
Stomatologie (Professeur sans chaire)	* * *

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE.
Hydrologie chimique et thérapeutique	PIERI.

Agrégés en exercice

MM. SAUTET	MM. FIGARELLA	MM. PAILLAS
DUBOULOZ	ARNOUX	AUDIER
BERTHIER	CHOSSON	DOR
BALANSARD	DELPHAUT	RECORDIER
BRAHIC	R. IMBERT	SALMON

Agrégés libres

M. QUINTARET — M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	M. DERRIEN
Physiologie	M. DONNET.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	MM. SALMON.
Chimie minérale	ARNOUX.
Clinique des maladies contagieuses	PERIOT
Médecine opératoire	DOR.
Microbiologie	BOYER.
Neuro-Chirurgie	ARNAUD.
Obstétrique	CHOSSON.
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT.
Psychiâtrie	ALLIEZ.
Toxicologie	GUILLOT.
Clinique de la tuberculose	BERTHIER.
Clinique stomatologique	ACHARD.
Obstétrique	CHOSSON.
Clinique gynécologique	FIGARELLA.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

Souvenir pieux et ému.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

Modeste gage de mon immense affection.

A MA SŒUR

A MA TANTE

A MON BEAU-FRERE

A MON FILLEUL

A MA NIECE

A MON ONCLE LE MEDECIN COLONEL STEFANINI

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HOPITAUX MILITAIRES

A M. LE DOCTEUR J. MARIN

En témoignage d'amitié.

A M. LE DOCTEUR FELIX PIERI

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Humble témoignage des liens d'amitié unissant nos familles. Qu'il trouve ici l'expression affectueuse de notre reconnaissance pour tous les encouragements et les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A NOTRE JURY DE THESE

A M. LE PROFESSEUR BOURDE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse reconnaissance ainsi que le modeste hommage dû à sa maîtrise chirurgicale et à son lumineux enseignement.

A NOS JUGES

A M. LE PROFESSEUR FIOLLE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Nous exprimons l'assurance de notre déférente admiration à l'égard de sa haute valeur et son éminent talent.

A M. LE PROFESSEUR AGREGE CHOSSON

Dont nous avons suivi avec profit l'enseignement, et qui a manifesté à notre égard et sa bienveillance et son intérêt.

A M. LE PROFESSEUR AGREGE FIGARELLA

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Dont nous avons goûté particulièrement la didactique claire et simple et souvent insuffisamment apprécié l'habileté opératoire.

A TOUS NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR AGREGE CARCASSONNE

Qui fut l'instigateur de cette étude. Nous l'en remercions vivement en lui renouvelant l'expression respectueuse de notre gratitude.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

« ...il faut effacer son opinion aussi bien que celle des autres devant les décisions de l'expérience ».

(Cl. Bernard).

M. le Professeur Bourde, en 1938, attirait l'attention de la Société de Chirurgie de Marseille sur les avantages de la vieille technique française : l'anastomose duodeno-gastrique termino terminale (procédé de Péan). Les projections de Grey Turner à Londres et ou figuraient de larges exérèses gastriques l'avaient incité (pour un cas de cancer étendu) à expérimenter cette technique, et il en avait été très satisfait.

Aussi, dans un nouveau rapport, en date du 11 novembre 1940, M. Bourde, en présentant un cas de gastrectomie pour cancer par le procédé de Péan-Billroth I, tachait de faire sortir de l'oubli une méthode presque complètement négligée à l'heure actuelle en France.

Mais ses clonclusions furent violemment et injustement discutées. Aux dires de certains, le Péan-Billroth I était une « opération condamnée et devant disparaître » ; la précarité de la méthode ne militait pas en sa faveur, et seul subsistait son intérêt purement historique.

On rejetait toute possibilité véritable d'effectuer une anastomose gastro-duodénale si toutefois l'opérateur voulait tendre à réaliser les buts de la chirurgie gastrique actuelle, à savoir : une exérèse large, des sutures idéales, et une restauration fonctionnelle parfaite. Cette affirmation était faite ex-abrupto, par définition et sans expérience de la technique.

Le procédé de Péan renaissait au grand jour de l'actualité, en faisant l'objet d'une communication à l'Académie de Chirurgie (Mars 1941).

Puis, quelques temps après, M. le Professeur Santy mettait au point une technique de gastrectomie avec anastomose au bouton et exposait ses résultats d'abord à la Société de Chirurgie de Lyon en Mars 1942, puis à l'Académie de Chirurgie le 22 Avril et enfin résumait ses remarquables conclusions, étayées sur 101 interventions dans la belle thèse de son élève Chattot (Lyon 1942).

Notre maître M. le Professeur agrégé Carcassonne utilisant la méthode de son maître M. Santy a pleinement confirmé l'excellence de ce procédé opératoire qu'il utilise depuis plus d'un an.

Sur une statistique de 63 gastrectoiries pratiquées du 1er avril 1942 au 15 mai 1943, il a réalisé 30 fois l'opération de Péan-Kocher-Santy. C'est à la lumière de ces observations que nous voulons discuter ici de cette technique, de ses avantages et des critiques qu'elle peut soulever.

HISTORIQUE

Nous ne prétendons pas exposer ici tout l'historique des modes d'anastomose après gastrectomie, mais des points saillants, des dates, des noms dont le seul énoncé nous permettra de suivre assez exactement l'évolution des idées et des techniques.

C'est en avril 1889 qu'un français Péan, effectua la première pylorectomie, qui, malgré son résultat malheureux, constituait déjà une technique, tout en faisant entrevoir de grandes possibilités.

Et si, en novembre 1880, L. Rydigier subissent un deuxième échec, l'Ecole Viennoise, en février 1881, voyait déjà poindre le succès : Billroth pratiquant une pylorectomie (pour un cas de cancer gastrique) terminée par une anastomose bout à bout, enregistrait une réussite ou plutôt un demi échec : l'opéré survécut trois mois. Puis Czerny et Wolfer, élèves de Billroth publiaient 5 cas de guérison : la technique opératoire de la gastroduodenostomie était créé.

Néanmoins ce procédé restait très imparfait : les difficultés rencontrées dans la confection des sutures, leur maintien, et la grande mortalité s'en portaient les sûrs garants. Ce qui incitait d'ailleurs les auteurs mêmes de cette interventions à changer ou tout au moins à modifier la règle de conduite à tenir.

Or en 1881, Wolfler exécuta la première gastro-enteroanastomose, « *primum movens* » d'une série de succès.

En janvier 1885, Billroth préconisa la gastro-enteroanastomose sur le moignon gastrique après gastrectomie : le moignon duodénal étant fermé en bourse et la tranche gastrique suturée entièrement, il aboucha l'anse grêle à la face posté-

rieure de la poche restante de l'estomac. Cette technique, dénommée le Billroth II réalisait ainsi l'exclusion du « point fatal » et de plus empêchait les tractions d'une lonogue anse grêle sur l'anastomose.

Cette nouvelle technique fut très heureuse quant à ses résultats. Mais son auteur ne jeta pas le discrédit sur le Péan car sa méthode — il le reconnaissait — n'était pas exempte d'inconvénients : troubles de fonctionnement et de l'évacuation et risque d'infection secondaire. Et en pratique Billroth réservait son procédé aux interventions ou le Péan n'était pas utilisable, faute d'une étoffe suffisante.

Kocher, reprennant les accusations portées contre le Péan dont il avait fait la triste expérience, fut le promoteur du mouvement de faveur qui se dessina au profit du Billroth II et aux dépens de la gastroduodenostomie, mais mû par sa haute raison scientifique qui lui laissait entrevoir un avantage de l'anastomose gastroduodénale ne portant aucune atteinte à la filière digestive, il effectua l'abouchement duodénogastrique.

Et en 1893, il édicta le manuel opératoire qui porte son nom et dont, les temps principaux sont la fermeture complète de la tranche gastrique et l'implantation de la tranche duodénale sur la face postérieure de l'estomac. Ses résultats : la mortalité de 40 % dans le Péan tomba à 20 % dans le Kocher (statistique de Kocher, Hartmann, Graser, Czerny). Mais ce procédé, bien que nanti de nombreux succès, donna bien à quelques déboires, aussi fut-il en proie à de vives critiques, celles la même qu'on formulait à l'égard du Péan : difficulté d'une anastomose gastro-duodénale bout à bout après une résection gastrique étendue, donc d'une implantation postérieure, précarité des sutures soumises aux tractrônes.

Et la gastro-jejunostomie reprit quelque faveur. Mais Kocher à la suite des travaux de Vautrin, (*Le traitement des calculs du cholédoque* — Revue de chirurgie 1896) démontra la réalisation sûre et facile de son procédé au moyen de la mobilisation du duodénum. Il précisa exactement alors les détails de technique opératoire dont cette mobilisation duodénale constituait un des facteurs de sécurité et d'exécution facile.

Mais sa voix eut peu de retentissement. D'ailleurs l'auteur lui-même ne semblait pas convaincu de la supériorité de son procédé.

Aussi la période s'étendant de 1896 à 1910 vit éclore une série de discussions passionnées tablant sur les mérites, les avantages et les inconvénients respectifs de la gastrojejunostomie et de la gastro-duodenostomie : alternativement le Péan et le Billroth II jouirent d'un certain crédit.

La chirurgie gastrique traversait donc une période trouble quand, en 1908, les travaux de Reichel sur l'implantation gastro-jejunale vinrent jeter une grande lumière (non pas tant sur les résultats immédiats) sur la nouvelle marche à suivre.

En effet nous assistons en France, en 1910, à la défaveur très marquée de la gastro-duodenostomie. Et seule, la voix de Chevrier s'élève pour tenter d'assurer la défense du Péan.

En 1911, l'anastomose gastro-jejunale ralliait sous sa bannière la majorité des chirurgiens. L'abandon de la gastro-duodenestomie et de ses avantages était motivé par la mise à l'ordre du jour du procédé de Reichel perfectionné par Polya (qui rendait cette méthode d'une application beaucoup plus facile. Mais ce Reichel-Polya ne représentait pas l'idéal — il s'en fallait de beaucoup — et on lui imputait, à juste titre d'ailleurs, les troubles d'évacuation.

Aussi à la fin de cette même année Wilms, puis Mayo et Pauchet apportèrent quelques modifications à cette technique : ils anastomosaient seulement une partie de la tranche gastrique et effectuaient la suture isolée du reste.

Alors en 1914, Finsterer, s'inspirant de ces faits, régla et précisa une technique dont la valeur indéniable a été parfaitement démontrée et confirmée par l'expérience. Le nom seul de cet auteur marque en effet le triomphe de l'anastomose jéjunale sur la gastroduodenestomie, dont l'indication, à son avis, restait exceptionnelle.

Voilà donc, semble-t-il l'époque qui marque l'arrêt des modifications importantes en matière de gastrectonnie : cette intervention grave et incertaine à la période trouble et difficile du début est devenue actuellement une intervention rela-

tivement bénigne, facile et sure entre les mains d'opérateurs entraînés.

En somme il nous a donc été donné de constater que les anciens chirurgiens ont accordé leurs faveurs à « la plus physiologique » des interventions : la gastroduodenestomie, justifiable dans les gastrectomies restreintes et limitées ; mais dans les excisions gastriques plus larges, les opérateurs ont dû tenir une conduite de nécessité et de sécurité en adoptant la gastrojéjunostomie, et ses auteurs Billroth, Reichel ou Polya n'ont eu recours à ce procédé que quand ils estimaient que l'anastomose duodénale était peu sûre, incertaine ou laborieuse.

Et plus tard quand on a établi et appris la nécessité d'une excision gastrique encore plus large et haute, (jusqu'à ne laisser subsister qu'un petit moignon d'estomac) la gastroduodenestomie, à l'instar de Finsterer et Leriche, de Delore, devint l'opération de choix dans le traitement de l'ulcère duodénal.

Néanmoins en raison des difficultés techniques d'une implantation duodénale, se dessina l'énorme intérêt de l'anastomose jéjunale d'une pratique facile et adoptée presque à l'unanimité par le corps chirurgical.

Mais la gastroduodenestomie, importation étrangère, jouit encore dans certains pays d'un grand crédit.

En France, depuis de nombreuses années, cette méthode ne figure plus qu'à titre historique, utilisée par quelques opérateurs tels Richard, Duval, Hartmann, Robineau et récemment encore Thaleimer et Fruchaud.

Et pourtant l'anastomose jéjunale n'est pas à l'abri des critiques. Nous nous en rapportons à l'opinion de M. le Professeur Santy auquel la grande expérience de ce procédé a dicté quelques remontrances se résumant surtout aux difficultés d'évacuation du moignon gastrique, nécessitant parfois une réintervention, et à la précarité des résultats éloignés qui ont permis d'assister à de fréquents déficits de poids, miroirs de la gravité de l'acte opératoire mutilant et sévère.

Aussi M. Santy a remis à l'ordre du jour, la question de la gastroduodenostomie, méthode de choix, puisqu'elle répond à une nécessité : celle de rétablir après l'interventtion un état

physiologique et anatomique très proches de la normale, ce qu'il réalise par l'implantation termino latérale du moignon duodénal à la face postérieure du moignon gastrique, c'est à dire le procédé de Kocher modifié.

Et nous n'avons pas voulu dissocier les noms des trois hommes qui ont aidé respectivement à l'éclosion, à la confection, et à la mise en valeur actuelle d'un procédé chirurgical de choix : nous avons nommé le Procédé Péan-Kocher-Santy, objet de cette étude.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous empruntons à la belle thèse de Chattot (Lyon 1942) tous les éléments et les détails de technique opératoire, en décrivant le procédé de M. Santy, type gastrectomie pour ulcère de la partie moyenne de la petite courbure.

L'intervention peut être menée sous anesthésie ou locale.

Elle se fera par une incision médiane sus ombilicale de quatre à cinq travers de doigt qui permettra un jour suffisant sur l'étage sus mesocolique. Un écarteur de Gosset peut faciliter la découverte du champ opératoire.

I. — *La libération gastroduodénale*

Normalement le colon n'est pas extériorisé, et nous signalons déjà là un des avantages de la méthode, à savoir que tout l'acte opératoire se déroulera dans l'étage sus mésocolique.

A. — *La libération de la grande courbure du duodénum et de l'estomac :*

On opère la section du ligament duodéno colique au niveau de la première portion duodénale, en ayant soin de ne pas léser les vaisseaux du mésocolon sous jacent et de se tenir au ras du duodénum. Cette étape opératoire est la plus hémorragique de l'interbention car s'effectue alors l'hémostase des vaisseaux duodéno pyloriques.

Quand on arrive sur le bord inférieur du pylore, on libère la grande courbure de l'estomac après avoir respecté soigneusement l'artère épiploïque droite et sectionné le ligament gas-

tro colique. La limite de cette libération est marquée pour M. Santy par l'arrêt de descente gastrique et la vue du plus inférieur des vaisseaux courts abordant d'arrière en avant la grosse tuberosité de l'estomac.

Puis on explore attentivement la face postérieure gastrique, et après avoir soulevé et attiré l'estomac vers l'appendice xiphoïde, et on pratique le temps opératoire suivant.

B. — *La dissection duodénale :*

Elle répond tout d'abord à la nécessité de libérer le premier duodénum de ses attaches pancréatiques pour avoir l'étoffe suffisante au rétablissement de la continuité anatomique. C'est le temps essenttiel.

Cette dissection doit s'effectuer de bas en haut, débutant par le bord inférieur du duodénum pour aller sur sa face postérieure et pour atteindre enfin son bord supérieur de manière à assurer la protection du pédicule hépatique et du cholédoque. Après la découverte de l'artère pancréatico duodénale, on effectue le clivage du duodénum et du pancréas en ayant soin de rester très près du pancréas afin de ne pas léser les parois duodénales.

Au moyen d'une traction douce et continue, on soulève le segment pyloro duodénal et on pratique alors l'hémostase des artérioles allant de la glande à l'intestin. Pour Santy l'électrocoagulation prudente facilite et simplifie ce temps qui n'en demeure pas moins l'étape la plus délicate de lintervention.

Dans les cas publiés par nous l'hémostase a été réalisée par ligature. Cette libération peut, d'ailleurs, être poussée assez loin en direction du genu superius. (Nous l'avons réalisée dans deux de nos cas).

Après la libération de la face postérieure du duodénum, on pratique la section de l'artère pylorique et des vaisseaux supra duodénaux, suivie de ligature sur leur extrémité proximale et d'électrocoagulation (si elle est possible) sur le duodénum : D'après Santy cette particularité est commandée par le fait que les ligatures sur les parois duodénales pourraient compromettre le serrage du bouton par interposition de leurs nœuds entre ses branches. Elles n'ont jamais entravé cette manœuvre de nos cas.

Tel est donc le temps essentiel de l'opération, celui dont découlera la possibilité de l'anastomose.

C. — *La libération de la petite courbure :*

Elle n'offre aucun intérêt, marquant seulement la fin de la dissection gastro-duodénale.

Cette libération terminée permet d'apprécier le degré de rapprochement du duodénum de la face postérieure de la grosse tuberosité.

II. — *La resection et l'anastomose*

L'estomac soulevé, on place une compresse sur la face antérieure du pancréas, et une autre dans l'hypocondre gauche, entre l'estomac et la paroi.

A. — *Le temps duodénal du bouton :*

A un centimètre en aval du pylore, on faufile sur toute la circonférence duodénale un gastergut n° 0 où un fil de soie n° 1 au moyen d'une petite aiguille courbe. Ce temps est assez délicat surtout à la partie postérieure. On place un clamp sur l'estomac au ras du pylore tandis que l'aide tire toujours sur l'ensemble gastro-duodénal ; on fixe le duodénum à l'aide de deux pinces de Tuffier et on le sectionne à deux millimètres environ en amont du fil de soie.

On rabat rapidement vers la gauche l'estomac entouré d'une compresse.

On introduit suivant la technique usuelle la branche femelle du bouton dans le duodénum puis on serre fortement le fil de soie autour de la gorge du bouton et enfin on régularise la tranche duodénale au ciseau de façon à ce que le moignon ne soit pas trop épais.

On utilisera soit le bouton de Jaboulay, soit un bouton mixte, ou mieux encore le bouton de Villard moyen ou gros ; c'est à dire soit le moyen de 23 millimètres de diamètre, soit le plus souvent le gros de 26 millimètres. Le bouton de Villard nous paraît le plus favorable, mais nous avons utilisé aussi bien le bouton de Jaboulay.

On termine ce temps en obturant la lumière du bouton duodénal par un tampon fixé par une pince.

B. — *Le temps gastrique du bouton :*

On fait apparaître largement la grosse tuberosité par sa face postérieure, et on repère l'emplacement de la deuxième branche du bouton (branche male) qu'il faudra situer à trois centimètres au moins de la future tranche de section gastrique et tout près de la grande courbure afin de faciliter l'évacuation.

A l'aide du bistouri ou mieux en utilisant le bistouri électrique, on incise légèrement la séreuse et la muqueuse et avec un fil de soie n° 1 on ourle les lèvres de la petite plaie ; puis au bistouri ordinaire on incise la muqueuse et pendant qu'on agrandit la brèche ainsi créée avec une pince ouverte, on aspire le contenu gastrique. On met en place la branche mâle et on serre le fil de soie.

C. — *L'articulation du bouton et le serrage :*

Après avoir enlevé le tampon obturant la lumière duodénale, l'opérateur, ayant saisi le duodénum de la main droite, le guide en direction de l'estomac ; puis ayant passé ses 4 derniers doigts de la main gauche sur la face normalement antérieure de l'estomac, effectue l'articulation et vérifie la rectitude des deux branches. Puis il glisse également sa main droite derrière l'estomac, et il serre à fond les deux branches en appliquant les deux pouces sur le moignon duodénal.

Il est très commode, pour réaliser la manœuvre de « serrage à bloc », d'interposer entre les doigts de l'opérateur et le moignon une épaisse compresse. On se gardera évidemment de tordre sur son axe le duodénum lors de l'articulation.

Ce temps très simple pour un chirurgien averti et entraîné, est encore facilité par la conservation de l'estomac, excellent tracteur, concourant efficacement à la bonne mise en place du bouton gastrique lors de l'articulation. Il permet de placer l'anastomose très haut sur l'estomac. Mais il est indispensable de bien posséder en main l'usage du bouton. Nous insistons sur la nécessité d'un *serrage à bloc* qui se chiffre par une évacuation rapide du bouton.

D. — *Le surjet de sécurité :*

L'anastomose ainsi réalisée semble suffisante; toutefois il est prudent de multiplier encore le coefficient de sérurité en pratiquant un surjet d'enfouissement sero-sereux.

Cet acte opératoire présente de réelles difficultés c'est le seul temps un peu délicat, on utilise une petite aiguille très courbe et du catgut n° 0. Il faut commencer le surjet par en haut le plus possible sur la face postérieure de l'anastomose, puis on descend sur la face antérieure et sur son bord inférieur qu'on contourne pour rejoindre la face postérieure. La mise en place des points postérieurs sera facilitée si on fait écarter fortement de part et d'autre de l'anastomose l'estomac et le duodénum, et surtout si on exerce une traction légère sur le point de départ du surjet dont l'extrémité a été préalablement passée sous l'anastomose : ce qui permet une torsion de l'anastomose sur son axe présentant ainsi assez ouvertement sa face postérieure qui serait d'un abord difficile sans ce petit artifice (Santy).

Ainsi la confection de ce surjet renfonce l'élément sécurité en ce sens qu'il raffermit la solidité de l'anastomose.

E. — *La résection gastrique :*

Dernier temps de l'intervention : un clamp est placé à quelque distance du bouton et l'estomac est sectionné. Mais — fait essentiel — *la section gastrique doit s'effectuer en aval du bouton au moins à trois centimètres,* si l'on veut éviter les dangers inhérant à une suture trop proche de l'anastomose, à savoir l'obstruction de la bouche anastomotique, la gêne à l'évacuation, et surtout une désunion de la suture de la tranche gastrique.

La section de l'estomac au bistouri, précèdera la fermeture de la tranche gastrique en trois plans au catgut, après une vérification soigneuse de l'hémostase et l'enfouissement attentif des angles.

La gastrectomie type Péan-Kocher-Santy est terminée. Il ne reste plus qu'à enlever les compresses, vérifier l'hémostase et fermer la paroi en trois plans *sans drainage.*

OBSERVATIONS

Observation 1. — Mme Lamb..., 54 ans, Aix. — Ulcère de la petite courbure, haut situé et très adhérent.

Avril 1942 : Gastrectomie type Péan-Kocher-Santy sans A. G. éther. — Durée de l'intervention : 1 h. 10. — Bouton exonéré le 8e jour. — Sortie de la clinique le 12e jour. — Reprise de poids de 16 kg. en un an.

Excellent résultat radiographique.

Obs. 2. — M. Bon..., 48 ans, La Seyne. — Ulcère du tiers supérieur de la petite courbure.

Avril 1942 : Gastrectomie type Péan-Kocher sans A. G. éther. — Durée de l'intervention : 1 heure. — Bouton exonéré le 10e jour. — Sortie au 12e jour. — Reprise rapide du poids et de l'état général. — A pris 12 kg. en 10 mois.

A la radio : petit moignon gastrique. — Anse duodénale verticale largement dilatée.

Obs. 3. — M. Erl..., 40 ans, Camp des Milles. — Gros ulcère térébrant de la face postérieure de la petite courbure. — Hématémèses à répétition.

Mai 1942 : Gastroduodenectomie à la Péan-Kocher-Santy sans A. G. éther. — Durée de l'intervention : 50 minutes. — Sortie au 14e jour. — Reprise très rapide du poids.

Excellente évacuation radiographique. — Petit moignon gastrique.

Obs. 4. — Mme Wer..., 54 ans, réfugiée. — Néoplasme du pylore.

Mai 1942 : Gastroduodenectomie très étendue avec anastomose gastroduodénale sans A. G. éther. — Durée : 1 h. 10. — Suites excellentes, exonération du bouton au 11e jour. — Excellent état général au mois d'octobre 1942.

Radiographie montrant un très petit moignon avec évacuation régulière.

Obs. 5. — Mme Ro..., 38 ans. — Ulcère de la première portion duodénale.

Mai 1942 : Gastrectomie à la Kocher-Santy sous A. G. éther. — Durée de l'intervention : 1 heure. — Excellentes suites. — Reprise de poids de 12 kg.

Radiographie : petit moignon gastrique. — Evacuation rapide.

Obs. 6. — M. B..., 68 ans. — Ulcère de la petite courbure du type pseudonéoplasique.

Juin 1942 : Gastrectomie à la Kocher-Santy sans A. G. éther. — Durée de l'intervention : 1 heure. — Suites simples. — Bouton exonéré au 16e jour.

Revu ces derniers jours en excellente santé. — A grossi beaucoup.

Obs. 7. — M. Berg..., 39 ans Camp des Milles. — Ulcère de la première portion du duodénum.

Juin 1942 : Gastroduodenectomie à la Péan-Kocher sans A. G. éther. — Excellentes suites. — Reprise rapide de l'état général.

A la radiographie (11 sept. 1942) : petit moignon gastrique se vidant normalement. — Duodenum oblique légèrement dilaté.

Obs. 8. — M. Gug..., 32 ans, réfugié, Sanary. — Ulcère de la première portion du duodenum.

Juin 1942 : Kocher-Santy sans A. G. éther. — Quelques difficultés de libération de l'ulcère. — Excellentes suites. — Revu dernièrement en excellente santé. — Reprise de poids de 22 kg.

Obs. 9. — Mm Cal..., 48 ans, Aix-en-Provence. — Ulcère térébrant juxta cardiaque.

Juillet 1942 : Gastroduodenectomie à la Péan-Kocher-Santy sous A. G. éther. — Important exérèse gastrique. — Le bouton est placé sur le cardia. — Suites normales. — Evacuation du bouton au 11e jour.

A la radiographie (janv. 1942) : très grosse dilatation duodénale faisant suite à une portion dilatée qui représente l'estomac restant.

Obs. 10. — Grum..., 42 ans, Camp de Vernet.

Juillet 1942 : Ulcère duodénal à deux travers de doigt au-delà du pylore. — Gastroduodenectomie avec anastomose duodeno gastrique au bouton de Jaboulay. — A. G. éther. — Suites excellentes. — Bouton non rendu au 12e jour.

Obs. 11. — M. Perett..., 48 ans, Aix-en-Provence. — Ulcère de la petite courbure haut situé.

Juillet 1942 : Gastroduodenectomie avec anastomose duodeno-gastrique au bouton de Jaboulay sans A. G. éther. — Durée de l'intervention : 50 minutes. — Guérison rapide sans incident. — Très rapide et très grosse reprise de poids.

A la radiographie (mars 1943) : parfaite évacuation d'un petit estomac (?)

Obs. 12. — Mme Bentt..., 54 ans, Camp des Milles.

Juillet 1942 : Ulcère duodenal. — Gastroduodenectomie assez difficile à cause de la situation de l'ulcère (bord supérieur du duodenum avec adhédence au chole.yste) Péan-Kocher-Santy sans A. G. éther. — Sortie au 12e jour. — Bouton rendu le 8e jour. — Suites remarquables. — Revue en septembre. — Reprise de 7 kg.

Obs. 13. — Mme Da Ru..., 36 ans, Marseille.

Août 1942 : Ulcère juxta pylorique avec grosse réaction périulcéreuse Péan-Kocher-Santy sans A. G. éther. — Suites simples.— Reprise de poids rapide.

Obs. 14. — M. Loew..., 32 ans. (American Friends Service Comittee). — Très gros ulcère de la face postérieure de l'estomac e' de la petite courbure (portion verticale).

Août 1942 : A. G. éther. — Péan-Kocher-Santy nécessitant la dissection et l'abandon en place du fond de l'ulcère. — Durée de l'intervention : 1 h. 20. — Suites excellentes. — Le sujet très amaigri, très dénutri a repris du poids avec une rapidité surprenante.

Obs. 15. — Mme Be..., 39 ans, Autrichienne. (American Friends Service Comittee). — Très gros ulcère pylorique en imposant à première vue pour un néoplasme avec grosse sténose pylorique. – Malade très amaigrie et ayant beaucoup souffert.

Septembre 1942 : Gastroduodenectomie avec anastomose très haute (juxta cardiaque) au bouton de Jaboulay (véritable gastrectomie totale) sous A. G. éther. — Durée : 1 heure. Suites remarquables. — Bouton rendu au 10e jour. — Un mois après la malade avait repris 8 kg. — Examen histologique vérifiant le diagnostic d'ulcère.

Obs. 16. — M. Ramb..., Aix-en-Provence.

Septembre 1942 : Gastroduodenectomie avec anastomose à la Santy pour ulcère juxta pylorique. — Excellentes suites. — Très bons résultats. — Reprise de 16 kg.

A la radio : petit estomac se vidant très rapidement dans un duodenum dilaté.

Obs. 17. — Mme Colleau..., 76 ans.

Octobre 1942 : A. G. éther. — Gastroduodenectomie suivant la technique de Santy pour un ulcère juxta pylorique en ayant imposé pour un néoplasme gastrique avec sténose. — Durée de l'intervention : 50 minutes. — Suites excellentes. — Bouton rendu le 8 jour.

A la radio : parfait fonctionnement de la bouche gastroduodenale.

Obs. 18. — M. Rob..., 49 ans, Marseille.

Novembre 1942 : Ulcère duodenal assez loin situé. — .A G. éther. — Gastroduodenectomie à la Kocher-Santy. — Bonnes suites. — Le bouton a été rendu le 22 décembre 1942, soit plus d'un mois et demi après l'intervention.

Obs. 19. — M. Ric..., La Seyne.

Novembre 1942 : Gastroduodenectomie à la Kocher-Santy au bouton de Jaboulay pour un ulcère de la petite courbure avec sténose mediogastrique. — Excellentes suites. — Grosse et rapide reprise du poids.

Radiographie (févr. 1943) : évacuation normale d'une poche gastrique petite et régulière quant à ses contours.

Obs. 20. — M. Lucches..., 32 ans. — Ulcère duodenal qui a fait hésiter au début entre la gastroduodenectomie à la Kocher-Santy et l'exclusion.

Décembre 1942 : Kocher-Santy au bouton de Jaboulay sous A. G. éther. — Suites excellentes sans incident.

Radio (févr. 1943) : parfait fonctionnement de la bouche d'anastomose.

Obs. 21. — Benfaï..., 33 ans, Aix-en-Provence.

Janvier 1943 : Ulcère du versant duodenal du pylore Péan-Kocher-Santy sous A. G. éther. — Suites simples. — Reprise rapide du poids.

Obs. 22. — Mme Fub..., 54 ans.

Février 1943 : Ulcère juxta pylorique avec gros foyer d'attrition. — A. G. éther. — Résection gastrique étendue à cause du doute quant à la possibilité de néoplasme (examen histologique négatif). — Très bonnes suites. — Reprise remarquable du poids.

Obs. 23. — Mani Pierre, 58 ans, Aix.

Février 1943 : Gros ulcère très haut situé sur la petite courbure. — Péan-Kocher-Santy classique au bouton de Villard. — Très bonnes suites.

Obs. 24. — Deguic Pierre, 38 ans, Aix.

Mars 1943 : Gros ulcère juxta cardiaque. — Sa dissection a nécessité le laisser en place du fond de l'ulcère. — A. G. éther. — Péan-Kocher-Santy. — Suites excellentes. — Reprise du poids de 6 kg. en deux mois.

Obs. 25. — Mme C..., 73 ans, Saint-Maximin.

Mai 1943 : Néoplasme prépylorique avec grosse sténose. — Kocher-Péan-Santy très étendu des deux côtés sous anesthésie locale. — Durée : 50 minutes. — Bonnes suites.

Obs. 26. — M. P..., 58 ans, Marseille.

Mars 1943 : Gros ulcère de la petite courbure. — Gastroduodenectomie à la Kocher-Santy sous A. G. éther. — Mort de syncope anesthésique au moment de l'anastomose.

Obs. 27. — Junen..., 27 ans.

Janvier 1943 : Ulcère de lapetite courbure Péan-Kocher-Santy sous A. G. éther. — Excellentes suites. — Reprise du poids.

Mais au mois de mai 1943, phénomènes douloureux sans horaire fixe.

La radiographie (mai 1943) : révèle un petit estomac avec une évacuation normale sans aucune déformation. — Le point douloureux ne correspond pas à la paroi du tube digestif. — Sous l'écran, le remplissage du duodenum est régulier, un peu rapide.

Obs. 28. — Mme Quenb..., 36 ans, Puyricard.

12 mai 1942 : Gastroduodenectomie pour ulcère perpylorique avec grosse réaction périulcéreuse. — Suites excellentes.

Obs. 29. — M. Gioff..., 39 ans. — Ulcère de la petite courbure.

14 mai 1942 : sous anesthésie locale à la syncaïne. — Péan-Kocher-Santy. — Suites excellentes. — Aucun vomissement. — Pas de température. — Evacuation du bouton au 8e jour. — Sortie au 10e jour.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Ces observations comportent donc les résultats de trente interventions. Le bilan ? vingt-neuf bons résultats, un seul échec discutable : le décès d'un opéré survenu au début même de l'intervention, au cours du temps de section duodénale alors que rien ne laissait prévoir un tel accident.

Les vingt-neuf autres interventions comportent indifféremment :

1° Des ulcères haut situés juxtacardiaques, ayant nécessité des résections très étendues du coté supérieur — une de ces résections s'apparentant même aux gastrectomies totales, puisque l'anastomose fut réalisée sur le cardia lui-même. De plus il convient de signaler que ces ulcères dont certains calleux étaient volumineux, nécessitèrent le laisser en place du fond de l'ulcus adhérent au mesocolon — Cette particularité facheuse n'entrava en rien la mise en place du bouton sur le segment gastrique. La mobilisation duodénale a toujours été aisée — jamais nous n'avons eu la sensation d'un tiraillement quelconque.

2° Des ulcères du duodénum dont quatre siégeaient au niveau du bord supérieur et de la face antérieure duodénale au delà de l'artère gastro duodénale, c'est-à-dire près du genu supérieur. Et leur ablation a pu être réalisée sans rencontrer de grosses difficultés. L'anastomose a pu être menée à bien grâce à la mobilisation du duodénum qui peut être réalisée assez facilement.

3° Des ulcères juxta pyloriques qui n'ont comporté également aucune difficulté particulière.

4° Un néoplasme sur lequel l'intervention fut relativement réussie et dont les suites opératoires furent bonnes en dépit de l'âge de l'opérée (73 ans).

Ainsi en dehors de quelques cas particuliers signalés plus haut, toutes ces gastrectomies — tant au niveau de la poche gastrique, c'est-à-dire haut situées, qu'un niveau du duodénum n'ont comporté aucune véritable difficulté opératoire.

La technique opératoire suivie

Chez nos premiers malades, nous n'avons pas subi point par point la technique rigoureuse édictée par M. Santy : en effet la résection gastrique a précédé la mise en place du bouton. Ce procédé est d'ailleurs parfaitement réalisable mais présente les graves inconvénients de ne pas obtenir un champ opératoire et une propreté méticuleuse et surtout n'offre pas les mêmes possibilités d'une exérèse très élargie sur l'estomac, grâce à l'aide que fournit celui-ci comme tracteur.

Chez les autres malades, notre maître, M. le Professeur agrégé Carcassonne a pallié à ces désavantages en se conformant strictement à la technique opératoire de M. Santy. Il est certain que la présence de la poche gastrique facilite considérablement l'anastomose et surtout permet de la placer très haut sans difficulté particulière. Pour qui a pratiqué des gastroduodenectomies en utilisant les procédés d'anastomose dérivés du Polya le procédé de Santy constitue une amélioration, une simplification qui peut être utile dans de nombreux cas. D'ailleurs la situation même du duodénum dans la plupart des cas n'est pas très éloignée du cardia et il faut peu de chose pour amener le duodénum au niveau de la face postérieure de l'estomac reséqué. Quant à la mobilisation duodénale elle est toujours réalisable.

CRITIQUE DE CETTE METHODE

De prime abord le Péan-Kocher-Santy paraît d'une réalisation difficile et délicate : C'est une erreur qui ne saurait résister à un examen serré et objectif.

Nous nous bornerons à énumérer quelques précautions et quelques détails de technique infirmant tous les reproches classiques et faisant de lui le procédé de choix en matière de chirurgie gastrique.

Tout d'abord, il suffit de libérer progressivement le duodénum, après avoir effectué la ligature de l'artère gastroduodénale, permettant ainsi une mobilisation facile du duodénum — temps opératoire pendant lequel on doit veiller scrupuleusement à ne pas léser les voies biliaires principales. On peut et on doit éviter cet écueil, en se tenant au ras du duodénum et en « œuvrant » d'une manière douce et progressive.

Par ailleurs Chattot a démontré dans sa thèse (Lyon 1942) que la ligature de l'artère gastroduodénale au ras du tube digestif, n'entraîne pas le sphacèle du duodénum et que de plus cette dénudation duodénale peut être poussée assez loin.

Nous devons signaler qu'en cas d'ulcères haut situés sur le cardia, il est une précaution indispensable à prendre : la libération de la face postérieure de la grosse tuberosité, qui, dans certains cas risque de ménager des surprises vasculaires (blessures de l'artère splénique (Santy).

Le reproche principal adressé à l'anastomose duodenogastrique de comporter des sutures douteuses et d'être l'objet de tiraillements, tombe de lui même si la technique de M. Santy est suivie rigoureusement.

Cette anastomose est assurée par l'emploi du bouton. Et nous insistons particulièrement sur ce point.

Ne critiquent systématiquement le bouton que ceux qui ne l'ayant jamais utilisé ou vu utilisé n'en ont pas encore compris ou n'en ont pas appris les avantages et les inconvénients.

Certes la mise en place correcte d'un bouton nécessite un certain tour de main, une certaine pratique, un certain degré d'entraînement qui font l'étonnement de ceux qui en ignorent l'usage.

Notre maître M. le Professeur agrégé Carcassonne a toujours utilisé dans ses gastrectomies (tant par le procédé de Billroth II que de Santy) tantôt le bouton de Jaboulay, tantôt celui de Villard, et cette pratique s'est effectuée sans accidents ni incidents. Il lui a été donné d'observer seulement trois cas de rétention de bouton sans pour cela que les malades en fussent le moins du monde incommodé.

Le reproche fait trop facilement à une bouche trop étroite tombe également de lui-même quand on sait que grâce à une forte pression au moment de la mise en place, le bouton agit en sphacélant toute la zone intestinale comprise entre ses deux branches et réalise ainsi une lumière très large. Les images radiologiques en font foi, et la parfaite digestion post opératoire parfois trop rapide en souligne la vérité.

La seule difficulté réelle : la parfaite réalisation de l'anastomose suivant une technique que l'opérateur doit avoir en main par un usage répété. Mais n'est-ce pas affirmer une vérité première que de prétendre qu'on ne peut et qu'on ne doit utiliser une méthode qu'autant qu'on l'a soi-même expérimenté et qu'on a pu en apprécier les avantages.

Nous n'avons jamais observé de fistule, seuls quelques opérés ont été drainés ; la plupart n'ont pas eu de drain : d'ou la parfaite réfection de la paroi abdominale. Si l'on songe que ces gastrectomies ont été réalisées avec des incisions de 4 à 5 travers de doigts au maximum, on voit que les risques d'éventration postopératoire sont diminués d'autant.

Certes il reste pour les sceptiques la question du bouton. Nous avons essayé de vous expliquer là dessus en précisant la minutie avec lequel il doit être placé. Mais dira-t-on d'une méthode qu'elle demeure douteuse alors que pour la seule technique qui nous intéresse elle a été utilisée dans 100 cas par M. le Professeur Santy sans aucun incident, que

de nombreux élèves de M. Santy l'ont eux mêmes employé et que les trente cas que nous apportons (sauf une mort anesthésique) comportent des suites remarquables par leur parfaite régularité, des résultats cliniques et radiologiques fort intéressants. Ne doit-on pas raprocher ces cas des heureux résultats qu'apporte la mise en place du bouton dans la chirurgie gastro-intestinale aux chirurgiens de l'école lyonnaise particulièrement entraînés à son usage ? Croit-on que son usage ne serait pas déjà depuis longtemps abandonné si la sécurité qu'il comporte n'était pas réelle ? En réalité seuls le critiquent ceux qui ne l'ont jamais utilisé. Certes ce mode d'anastomose comporte des indications comme toute autre technique. Il faut en savoir ses contre indications, ses inconvénients, ses avantages. Dans l'anastomose gastro duodénale ceux-ci sont évidentts , nous y reviendrons.

Mais nous tenons bien a préciser que sur une série de trente malades, nous n'avons jamais rencontré de difficultés réelles a libérer le duodénum ; nous avons eu l'impression d'être grandement facilité pour réaliser notre anastomose à la hauteur qu'il fallait et à terminer notre résection avec aisance. Jamais nous n'avons sacrifié a la rapidité aux dépens de la sécurité et si au début de nos interventions nous laissions un drain au contact, très rapidement nous avons eu un sentiment de sécurité qui nous a permis de refermer sans drainage.

Nous croyons que cette simplification de méthode est un réel progrès dans la gastrectomie. C'est au moins l'impression que par comparaison avec nos autres malades opérés en même temps par d'autres procédés nous avons inscrit à l'actif du Péan-Kocher-Santy.

LES AVANTAGES

Le Péan-Kocher-Santy, procédé de choix, en est fort bien pourvu :

1° Il permet une intervention rapide :

Dans les cas les plus difficiles l'opération a duré une heure et demie — toutes les sutures ayant été effectuées rationnellement et correctement, et encore s'agissait-il d'ulcères parfois difficiles à isoler et à libérer — certaines gastrectomies n'ont d'ailleurs duré que 40 minutes.

La brièveté de l'acte opératoire — encore que ce ne soit pas son avantage primordial — permet de réaliser toutes ces interventions sans anesthésie générale à l'éther et raccourcit la longueur de l'anesthésie locale.

2° L'opération est réalisée sans que le mésocolon transverse soit touché : le colon reste dans le ventre, et l'acte opératoire a pour seul théâtre l'étage sus mésocolique. Ainsi sont limités les risques septiques de propagation à la grande cavité et sont évités les shocks opératoires consécutifs à une manipulation du mésocolon transverse.

3° Il laisse toute latitude à l'opérateur — puisque la conservation de l'estomac est poussée jusqu'à la fin de l'opération — de pratiquer une gastro-jéjunostomie dans le cas assez rare ou sa réalisation s'avère difficile ou impossible ; encore que la large dissection duodénale (un de ses temps essentiels) contribue efficacement à la fermeture et à l'enfouissement du moignon.

4° Il offre un élément de sécurité supplémentaire en n'utilisant pas pour la confection de l'anastomose une anse grêle

engendrant parfois des troubles de l'évacuation. De plus l'emploi du surjet renforce la solidité de l'anastomose.

5° Il permet — et ce n'est pas chose négligeable — l'arrivée immédiate du flux gastrique dans le duodénum, méritant ainsi son appellation de procédé physiologique de choix.

6° Enfin les suites opératoires ont paru toujours beaucoup plus simples qu'avec les autres techniques de gastrectomies. En effet nous avons suivi des malades opérés en même temps — le même jour — les uns au moyen des procédés de Finsterer ou Polya, les autres par le Péan-Kocher-Santy. Et il nous a paru indéniable qu'avec une constance régulière les suites opératoires des seconds étaient caractérisées par l'absence de température (un seul sujet à accusé une montée thermométrique au dessus de 38°), la bonne tenue du pouls, et surtout chez des malades dénutris, la récupération très rapide du poids et d'un bon état général en dépit d'une résection gastrique étendue.

Faits très frappants, mis en relief par notre maître M. le Professeur agrégé Carcassonne qui a pratiqué en un an soixante-trois gastrectomies sur les malades des camps et a pu établir ainsi une échelle de comparaison entre les résultats à distance des différents procédés de gastrectomies.

Il importe toutefois de signaler un petit incident post opératoire : les malades ont souvent après l'intervention un ou deux vomissements sanglants dont on ne doit pas s'alarmer. Ces petites hémorragies s'avèrent en effet être dûes à la mise en place du bouton haut situé sur l'estomac, et jamais aucun malade n'a été traité autrement que par les moyens ordinaires, sans aucun lavage d'estomac ni hémostatique particuliers.

CONCLUSIONS

Il y a deux siècles, le génial Bichat écrivait : « La chirurgie s'avance vers la perfection, précédée du génie et suivie par l'expérience, l'un trace sa route, l'autre la rectifie ».

Cette opinion nous paraît condenser l'idée principale génératrice de notre modeste étude.

Sur le chemin long, sinueux et souvent obscur, suivi par la chirurgie gastrique, des talents éminents ont éclairé la voie, facilitant et raccourcissant ainsi cette course vers la perfection. Il a fallu attendre de nombreuses années, assister ou prendre part à des disputes passionnées pour que se fasse jour la doctrine chirurgicale actuelle.

La gastrojejunostomie, dernière venue dans le monde de la chirurgie a recueilli et conserve encore la quasi totalité des suffrages. Et pourtant elle n'est point le procédé idéal unique. Maintenant il ressort indéniablement qu'elle doit être mise en discution avec une technique sûre, élégante, et plus rationnelle : plus simple surtout, l'anastomose gastroduodénale au moyen du bouton, opération de choix grâce aux modifications récentes apportées par M. Santy, à savoir la large dissection du duodénum et l'emploi du bouton.

Des esprits peu avertis pourraient évidemment mettre en exergue ce pseudo recul, cette involution apparente de la grande marche en avant de la chirurgie.

Or précisément l'objet de notre humble travail, a été d'essayer de faire apparaître la parfaite réalisation simple et aisée de l'ancien Péan-Kocher modifié.

Ses caractéristiques majeures :

— Intervention rapide : sa durée n'excède pas une heure et demie, permettant ainsi une anesthésie générale à l'éther et réduisant la durée de l'anesthésie locale.

— Sûre : elle limite les risques septiques du champ opératoire, elle diminue les possibilités de shock post opératoire en supprimant tout contact facheux avec le mésocolon transverse.

— Sa réalisation n'est ni systématique ni absolue : elle permet à l'opérateur jusqu'à la fin de l'intervention de rester libre de choisir une autre technique mieux applicable.

— Etayée sur la considération de faits physiologiques, elle n'utilise pas une anse grêle pour la confection de l'anastomose, évitant ainsi les troubles possibles de l'évacuation.

— Au point de vue bio-chimique, elle impose une solution très heureuse, en autorisant la mise en contact immédiate du flux gastrique dans le duodénum.

— Ses suites opératoires ont été constamment beaucoup plus simples qu'avec l'emploi des autres techniques : en témoignent la reprise rapide du poids et la récupération non moins lente d'un bon état général.

— Son application peut être étendue à la plupart des interventions : ulcus haut situés juxta cardiaques, ulcères de la petite courbure, juxta pyloriques, duodéanux ; et même aux cas de néoplasmes, encore que sa pratique soit alors moins aisée à cause du mauvais état des tissus gastrique et duodénal.

En regard de ces particularités avantageuses, on a seulement pu dresser les objections suivantes :

— la réalisation difficile d'une parfaite anastomose ;

— la délicate mise en place correcte du bouton ;

— la précarité des sutures et la possibilité de tiraillements ultérieurs ;

— la difficulté d'une exérèse suffisamment large ;

— l'apparition de petits incidents passagers et benins post opératoires : quelques vomissements sanglants.

Mais ces reproches ne peuvent, certes, être pris en grande considération par des chirurgiens avertis, familiarisés avec cette technique, c'est a dire dont le guide sûr et fidèle demeure l'observation scrupuleuse des préceptes que nous avons essayés de discuter.

Vu : *le Doyen*,
L. CORNIL.

Vu : *le Président du Jury*,
Y. BOURDE.

Vu et permis d'imprimer :
Marseille, le 18 juin 1943
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
MARTINO.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque !